



MAJLIS PERBANDARAN DUNGUN
BORANG TUNTUTAN BAYARAN RAWATAN UJIAN SARINGAN COVID-19

Bahagian A : Maklumat Pemohon / Pesakit

Nama Kakitangan : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Jawatan : _____

No. Gaji : _____

Bahagian/Unit : _____

Nama Pesakit : _____

No. KP/SB : _____

Hubungan : _____

Bahagian B : Pengesahan Doktor

Nama Klinik : _____

Jumlah Bil Rawatan : _____

Saya mengesahkan bahawa pesakit ini telah menerima rawatan daripada saya.

(Tandatangan / Cop Doktor)

Tarikh

PENGAKUAN PEMOHON

Dengan ini saya mengakui bahawa :

- a) Sekiranya saya mengemukakan atau menggunakan apa-apa dokumen yang mengandungi maklumat atau butiran yang palsu dan silap dengan niat untuk memperdayakan prinsipal saya boleh didakwa di bawah Seksyen 18 Akta Suruhanjaya Pencegahan Rasuah Malaysia 2009 dan jika disabit kesalahan oleh Mahkamah boleh dikenakan hukuman penjara tidak melebihi 20 tahun dan denda tidak kurang lima (5) kali ganda jumlah / nilai butiran yang palsu atau RM 10,000.00 yang mana lebih tinggi.

- b) Sekiranya saya menipu atau menggunakan apa-apa dokumen dengan niat menipu, saya boleh didakwa di bawah Seksyen 420 dan 468 Kanun Keseksaan yang mana jika disabitkan kesalahan, saya boleh dikenakan hukuman penjara selama tempoh tidak kurang dari satu (1) tahun dan tidak melebihi 10 tahun serta denda (Seksyen 420) dan tidak melebihi tujuh (7) tahun dan denda (Seksyen 468).

Tandatangan Pemohon

Tarikh

PENGESAHAN KETUA BAHAGIAN/KETUA UNIT

Nama :

Jawatan :

Tarikh :

Tandatangan Ketua Bahagian / Ketua Unit